

Nouvelle recrue au conseil d'administration de la FEMC



D^e Lisa MacIntyre

pour D^e MacIntyre d'une durée de trois ans comme membre du Conseil d'administration. «J'ai hâte de consacrer du temps à La Fondation, dit-elle, et je suis très enthousiaste à l'idée de prendre part à l'avenir du programme».

À la dernière réunion annuelle du conseil d'administration de La Fondation pour l'éducation médicale continue qui s'est tenue le 11 juin 2005, les D^{rs} Lonzel Button et Michael Fleming ont terminé leur mandat au conseil. La D^e Lisa MacIntyre remplace donc le D^r Button au poste de représentant des provinces de l'Atlantique alors que le poste de représentant académique laissé par le D^r Fleming est toujours vacant. D^e Lisa MacIntyre de Fall River, Nouvelle-Écosse a pratiqué autant en milieu urbain que rural. Elle a eu déjà eu une pratique hospitalière privée au New Hampshire avant de revenir, il y a deux ans, en Nouvelle-Écosse. Elle était tuteur d'étudiants en médecine de quatrième année alors qu'elle pratiquait à New Glasgow. Elle s'est impliquée dans la coalition pour l'allaitement maternel et a travaillé à obtenir le statut «d'hôpital ami des bébés» pour son hôpital. Elle mentionne: «qu'avec une pratique en milieu rural en Nouvelle-Écosse, j'apprécie l'approche pratique et fondée sur des données probantes des modules des Programmes d'apprentissage basé sur la pratique. Je me suis jointe à un petit groupe après ma résidence et je continue à apprécier l'interaction avec mes collègues et à intégrer plusieurs outils des modules dans ma pratique de tous les jours». C'est un premier mandat

Le Coin des rédacteurs — Votre opinion

Voici quelques questions et commentaires au sujet des récents modules. Le Coin des rédacteurs est un forum qui vous permet non seulement de nous faire part de votre point de vue mais qui essaie aussi de répondre le mieux possible à vos questions. L'édition de l'automne 2005 portait sur la fibrillation auriculaire.

Ménorragie (février 2005)

Q: *Le point 15 de la section Renseignements généraux: Aucun d'entre nous n'a entendu parler de l'hystéro-échographie avec solution saline et nous voudrions savoir quels en sont le coût, l'accessibilité et la pertinence. Pourquoi devrions-nous faire cet examen si des masses doivent être retirées de toute façon pour faire une analyse des tissus?*

R: Malheureusement, nous n'avons pas de données au sujet du coût et de l'accessibilité de cet examen. Il est difficile de trouver ce genre d'information puisque ce qui est valable dans une région ne l'est pas nécessairement dans une autre. Nous espérons que les médecins participants tenteront de vérifier ce genre d'information dans leur communauté pour le suivi des réunions. *(suite à la page suivante)*

Les ateliers de facilitateurs - Printemps 2006

Les ateliers de formation des facilitateurs du printemps 2006 approchent:

Hamilton: 1^{er} et 2 avril 2006
Vancouver: 29-30 avril 2006
Montréal: 29-30 avril 2006

Veuillez communiquer avec Sheilah Laffan (fmpe@mcmaster.ca; 905-525-9140, poste 22750; ou 1-800-661-3249) dès que possible pour réserver votre place!

Dans ce numéro

- ☞ *Nouvelle recrue au conseil*
- ☞ *Le Coin des rédacteurs*
- ☞ *FAQ*
- ☞ *En bref*
- ☞ *Suggestion de sujet de module*
- ☞ *Modules à venir*

D'un point de vue pratique, l'hystéro-échographie avec solution saline peut se faire en clinique externe sans anesthésie générale; c'est l'alternative à l'hystérocopie diagnostique. Quant à la biopsie des masses retirées, en général, dans les cas de fibromes, il n'est **pas** nécessaire de procéder à un prélèvement des tissus. En fait, les lignes directrices de la SOGC au sujet des fibromes minimisent le rôle de tous les types d'imagerie diagnostique: «L'examen clinique est suffisamment précis lorsque le volume de l'utérus est équivalent à une grossesse de 12 semaines ou plus. L'échographie est utile pour évaluer les annexes si elles ne peuvent pas être palpées séparément et avec suffisamment de précision. Toutefois, même si l'échographie peut mesurer efficacement le changement du volume utérin, on ne recommande **pas** une échographie de routine puisque les résultats modifieront rarement la prise en charge clinique ¹».

—LC/LM/JGW

Q: Le point 16b de la section Renseignements généraux, en ce qui a trait aux facteurs de risque du cancer de l'endomètre, s'agit-il d'une histoire familiale de cancer de l'endomètre ET de cancer du côlon ou de cancer de l'endomètre OU de cancer du côlon? Qu'en est-il du cancer du sein — est-ce aussi un facteur de risque?

R: Il devrait y avoir une histoire familiale de cancer de l'endomètre OU de cancer du côlon. La principale référence² utilisée pour les lignes directrices de la SOGC les mentionne comme des facteurs de risque indépendants. De plus, on a montré qu'une histoire familiale de cancer du côlon est un facteur de risque plus important qu'une histoire familiale d'hyperplasie de l'endomètre ou de carcinome. C'est uniquement avec une deuxième analyse (qui a exclu 20 patientes avec une simple hyperplasie de l'endomètre) qu'on a trouvé que l'histoire familiale de cancer de l'endomètre peut être un facteur de risque de carcinome. On n'a PAS prouvé qu'une histoire familiale de cancer du sein soit un facteur de risque indépendant de cancer de l'endomètre.—LC/JGW

1 Vilos GA, Lefebvre G, Graves GR. Guidelines for the Management of Abnormal Uterine Bleeding. *J Obstet Gynecol Can* 2001;23(8):704-709. <http://sogc.medical.org>

2 Farquhar CM, Lethaby A, Sowter M, Verry J, Baranyai J. An evaluation of risk factors for endometrial hyperplasia in premenopausal women with abnormal menstrual bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(3):525-529. PM: 10486458

Fausse couche (août 2004)

Q: Existe-t-il une concentration seuil de B-hCG à laquelle la fausse couche est peu probable?

R: Malheureusement, d'un point de vue clinique pratique, la réponse rapide à cette question est NON! Dans une étude de série de cas regroupant 730 femmes qui se sont présentées avec un saignement en début de grossesse aux urgences dans un milieu urbain, uniquement les femmes qui obtenaient une concentration de B-hCG > 200 000 mUI/mL n'avaient pas de grossesses ectopiques ni de menaces d'avortement spontané. Un très faible pourcentage de patientes (<5%) obtenaient des résultats de B-hCG dans ces limites ¹. C'est pourquoi, il

est habituellement plus utile et plus précis de vérifier si «les concentrations doublent» ou si leur augmentation progresse au lieu de viser uniquement des valeurs absolues de B-hCG. Voir l'annexe 3 du module *Fausse couche*.

Q: En présence de saignements en début de grossesse, quel est le taux de fausse couche/avortement spontané?

R: Même si les saignements augmentent le risque d'une éventuelle fausse couche, en réalité, beaucoup de femmes qui ont présenté des saignements en début de grossesse la mèneront à terme et donneront naissance à un bébé en bonne santé. Il est probablement raisonnable d'indiquer aux patientes un risque d'environ 50:50 puisque les pourcentages cités varient selon les articles consultés soit, plus de 65%², 52%¹ ou environ 45%³.

Q: Recommande-t-on de traiter avec un WinRho lors de tout saignement (c.-à-d. menace d'avortement) pendant une grossesse?

R: C'est LA question puisqu'il y a beaucoup de controverse à ce sujet!⁴⁻⁶ C'est cette controverse que nous avons tenté de décrire dans le module puisqu'il n'existe pas de preuves convaincantes pour guider notre pratique. L'expression la plus précoce des antigènes liés au groupe sanguin apparaît entre la 35^e et la 40^e journée de grossesse. Même s'il est théoriquement possible qu'une transfusion foeto-maternelle lors d'un saignement au premier trimestre de la grossesse puisse causer une iso-immunisation, il existe très peu de preuves que c'est réellement ce qui se passe⁶— le débat persiste sur la nécessité d'utiliser des immunoglobulines Rh (anti-D) en début de grossesse (<8 semaines).⁷ La SOGC et l'AOG recommandent l'emploi, de routine, d'immunoglobulines Rh (anti-D) mais les mêmes preuves ont mené à des recommandations différentes au Royaume-Uni et en Europe chez les femmes qui ont un avortement spontané au premier trimestre (grossesse de moins de 9 ou 10 semaines).

En raison du peu de données disponibles sur le sujet, toutes les lignes directrices se fondent sur des opinions d'experts⁶.

—MG/SD/JGW

1 Kohn MA, Kerr K, Malkevich D, O'Neil N, Kerr MJ, Kaplan BC. Beta-human chorionic gonadotropin levels and the likelihood of ectopic pregnancy in emergency department patients with abdominal pain or vaginal bleeding. *Acad Emerg Med* February 2003;10(2):119-26. PM: 12574008

2 Pezeshki K, Feldman J, Stein DE, Lobel SM, Grazi RV. Bleeding and spontaneous abortion after therapy for infertility. *Fertil Steril* 2000;74:504-8. PM: 10973646

3 Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ* 1997;315:32-4. PM: 15937020

4 Fung K, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D et al. Maternal-Fetal Medicine Committee, Genetics Committee, Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynecol Can* 2003;25(9):765-73. PM: 12970812

5 Robson SC. Use of anti-D immunoglobulin for Rh prophylaxis. *Clinical Green Top Guidelines* 2002. <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=512> Accessed August 2005.

6 Jabara S, Barnhart KT. Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *Am J Obstet Gynecol* 2003 Mar;188(3):623-7. PM: 12634631

7 Personal communication, Dr. Sheila Dunn, August 15, 2005.

Nos meilleurs voeux!

Encore une fois nous tenons à exprimer nos remerciements à tous nos membres, anciens et nouveaux, pour leur appui et leur engagement continus. Nos meilleurs voeux vous accompagnent pour la période des Fêtes.

Pour plusieurs d'entre vous, la fin de l'année marque un temps de réflexion. Nous espérons donc, qu'avec le recul, votre participation aux Programmes d'apprentissage basé sur la pratique vous apparaîtra comme le meilleur choix d'éducation médicale continue de l'année.

Veillez noter que nos bureaux seront fermés du lundi 26 décembre au vendredi 30 décembre inclusivement.

FAQ

Q: Je suis le facilitateur d'un petit groupe. Lorsque je revois la liste de mon groupe qui me parvient avec l'envoi des modules, le nom d'un des participants de mon groupe n'y figure plus — ou il me manque le nom d'un nouveau participant. Pourquoi?

R: Il y a définitivement un problème. Veuillez communiquer avec nous au: 905-525-9140, poste 22219. Si votre groupe veut accueillir de nouveaux membres, veuillez nous en aviser par écrit.

En bref...

L'Alberta honore la D^{re} Heather Armson

D^{re} Heather Armson, la directrice de notre Programme PGBP a été honorée en mai 2005 par le Collège des médecins de famille de l'Alberta et a reçu le prix CARE (Continuing Professional Achievement, Recognition of Excellence) qui souligne «l'excellence d'un membre qui a démontré des qualités professionnelles hors du commun et un engagement exceptionnel auprès de ses patients, de sa communauté et envers la profession de médecin de famille».

Registre des présences

Pour les facilitateurs dont le groupe commence en janvier: Nous vous rappelons de nous expédier votre registre des présences complété pour que nous puissions confirmer les crédits de formation au moment voulu.

Cette remarque s'applique aussi aux facilitateurs dont le groupe commence en septembre: nous avons besoin de votre registre des présences pour l'année 2004-2005.

Suggestion de sujet de module

Le choix de la plupart des sujets de module est décidé en fonction des sujets les plus souvent proposés.
Y a-t-il un sujet de module que vous aimeriez que nous abordions? Veuillez remplir ce formulaire et nous le faire parvenir par télécopieur.

Nom du participant: _____

Nom du participant: _____

Suggestion de module: _____

Suggestion de module: _____

Quelles sont les questions particulières que vous souhaiteriez que le(s) module(s) aborde(nt)?

Télécopieur: (905) 540-4988

Modules à venir

Endométriose
Prévention AVC/ICT
Sclérose en plaques